

# Klinisch redeneren

Jessica Hesselink

Eerste druk



Noordhoff Uitgevers



Klinisch redeneren



# Klinisch redeneren

**Jessica Hesselink**

---

Eerste druk, 2015

Noordhoff Uitgevers

Ontwerp omslag: G2K-designers, Groningen

Omslagillustratie: iStock\_000033626040

*Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die desondanks onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden auteur(s), redactie en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich aanbevolen.*

Eventuele op- en aanmerkingen over deze of andere uitgaven kunt u richten aan:  
Noordhoff Uitgevers bv, Afdeling Hoger Onderwijs, Antwoordnummer 13, 9700 VB Groningen, e-mail: info@noordhoff.nl



© 2015 Noordhoff Uitgevers bv Groningen/Houten, The Netherlands.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van reprografische veelevoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan Stichting Reprorecht (postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, <http://www.reprorecht.nl>). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

*All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher.*

ISBN (ebook) 978-90-01-85417-1

ISBN 978-90-01-86616-7

NUR 183

# Voorwoord

Klinisch redeneren is een goed hulpmiddel voor verpleegkundigen bij het logisch en doelgericht verplegen. Dit boek helpt je daarbij; praktisch, begrijpelijk en gebaseerd op een stevig theoretisch fundament.

*Klinisch redeneren* geeft je handvatten voor de praktijk. Het is geschreven voor studenten Verpleegkunde. Omdat veel (aankomend) verpleegkundigen gegevensverzameling, analyse, doelstellingen en interventies lastig vinden ontstond *Klinisch redeneren*. Op een compacte en duidelijke manier, met ondersteuning van oefeningen, leer je hoe het werkt.

Het boek kent geen hoofdstukken maar zeven stappen. Door de stappen te volgen doorloop je het hele proces van klinisch redeneren. Verspreid in de tekst staan vele tips en activiteiten. De tips helpen je bij het uitvoeren van de activiteiten. Als je alle activiteiten hebt uitgevoerd, heb je het hele proces goed geoefend én heb je kennis van de theoretische achtergrond: een combinatie van kennis en vaardigheid. Elke stap eindigt met extra opdrachten. Deze zijn ook echt 'extra'. Zinvol, maar niet noodzakelijk.

Jessica Hesselink  
jessicahesselink@gmail.com





# Inhoud

De zeven stappen van klinisch redeneren 9

Stap 1 Oriëntatie, informatie verzamelen 17

Stap 2 Risico-inschatting 33

Stap 3 Vroegsignalering 39

Stap 4 Probleemherkenning 49

Stap 5 Interventie 57

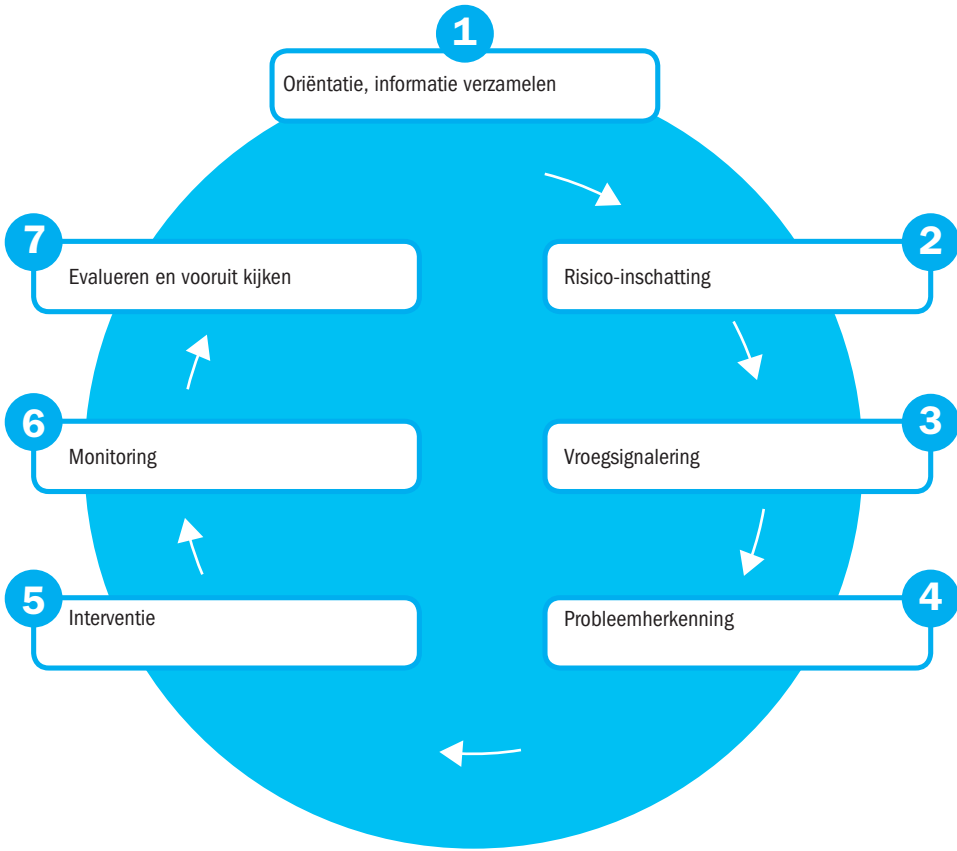
Stap 6 Monitoring 69

Stap 7 Evalueren en vooruit kijken 75

Literatuur 78

Register 80

Over de auteur 83



# De zeven stappen van klinisch redeneren

## Stap 1 Oriëntatie, informatie verzamelen

In de eerste stap gaat het om verzamelen van informatie, oriëntatie op de situatie van de patiënt. Belangrijk daarbij zijn aspecten zoals persoonlijke eigenschappen van de verpleegkundige, communicatieve en observerende vaardigheden en het vermogen tot het aangaan van authentiek contact. Daarnaast heb je kennis nodig van classificatiesystemen en andere ordeningsprincipes. En natuurlijk van de context van zorg, visie op verpleging en passende gevalideerde meetinstrumenten.

## Stap 2 Risico-inschatting

Bij het inschatten van risico's zijn twee zaken van belang. Ten eerste risico's opsporen waardoor je zo vroeg mogelijk kunt ingrijpen (preventie). Daarnaast in kaart brengen van factoren die het proces negatief en positief kunnen beïnvloeden zoals obesitas, coping, voeding en omgeving.

## Stap 3 Vroegsignalering

Na het inschatten van risico's is het tijd om bestaande problemen zo vroeg mogelijk te signaleren. Door een probleem tijdig te signaleren kunnen verpleegkundigen vaak 'erger' voorkomen. Kennis is hierbij het meest relevant. Je kunt alleen datgene signaleren waar je kennis van hebt. Denk aan kennis over anatomie, fysiologie en onderwerpen zoals de VMS thema's.

## Stap 4 Probleemherkenning

De bestaande problemen worden nu in beeld gebracht. De kernset patiëntproblemen en het *Zakboek verpleegkundige diagnoses* zijn hierbij goede hulpmiddelen.

## Stap 5 Interventie

Nu je weet welke risico's er dreigen, welke problemen in de vroege fase aanwezig zijn en welke actuele problemen er zijn is de totale zorgbehoefte van je patiënt duidelijk. Nu is het tijd om prioriteiten te stellen, afhankelijk van de context en de fase van het zorgproces. Je maakt een keuze voor een actie, interventie of handeling waarbij een relatie met PES gelegd wordt. Deze wordt gepland en uitgevoerd.

## Stap 6 Monitoring

Na het uitvoeren van de interventies stopt het redeneren natuurlijk niet. De verpleegkundige blijft het verdere verloop van de ziekte, aandoening of behandeling van de patiënt volgen en bewaken. Daarbij heb je kennis nodig over ziekte, aandoening, behandeling. Maar ook over rapporteren, schriftelijk communiceren. En ook het ordenen en communiceren komt hier weer terug. Denk daarbij ook aan SOAP, SBARR, zakboek, Tractus en de kernset patiëntproblemen.

## Stap 7 Evalueren en vooruit kijken

In de zevende stap van het klinisch redeneren blik je terug. Het is een beschouwend moment. Maar daarna gaat het klinisch redeneren weer door. Klinisch redeneren is een cyclisch proces.

## Verplegen en verpleegkunde

In de afgelopen jaren zijn de opvattingen over ziekte, gezondheid en ook verplegen veranderd. In 2012 verscheen in het kader van het project V&V2020 een nieuw beroepsprofiel voor de verpleegkundige. In het nieuwe beroepsprofiel wordt in heldere woorden weergegeven wat de kern van verplegen is, hoe de competentiegebieden van de verpleegkundige eruit zien en hoe we klinisch redeneren kunnen plaatsen in relatie tot het bereiken van zorgresultaten. Het nieuwe beroepsprofiel vormt dan ook het uitgangspunt voor *Klinisch redeneren*. Het procesmatig werken en denken door verpleegkundigen vormen de focus van dit studieboek.

Het denken over zelfmanagement, over een betekenisvol leven, en ook over de rol van de verpleegkundige daarbij zijn in de afgelopen jaren behoorlijk verschoven. De definitie van gezondheid in het beroepsprofiel is recentelijk gewijzigd. Er is gekozen voor de volgende definitie:

The ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges.

In de vorige definitie van gezondheid lag de nadruk vooral op welbevinden in lichamelijk, psychisch en sociaal opzicht.

### De kern van verplegen

De kern van verplegen zoals omschreven in het beroepsprofiel geldt als uitgangspunt bij de uitoefening van het verpleegkundig beroep. Het doel van verplegen wordt in het profiel als volgt omschreven:

Het doel van verplegen is het bevorderen van gezondheid, herstel, groei en ontwikkeling, en het voorkomen van ziekte, aandoening of beperking. Wanneer mensen ziek of gehandicapt worden is daarnaast het doel van verplegen lijden en pijn te minimaliseren en mensen in staat te stellen hun ziekte, handicap, de behandeling en de gevolgen daarvan te begrijpen en daarmee om te gaan. Wanneer de dood nabij is, is het doel van verplegen het handhaven van de best mogelijke kwaliteit van leven tot aan het eind.

Bij de uitoefening van de verpleegkunde werkt de verpleegkundige met probleemoplossende methoden. Het methodische proces van gegevens verzamelen, analyseren, interveniëren en bijstellen van het beleid is de manier van denken en handelen die verpleegkundigen gebruiken om zo goed mogelijk aan het doel van verplegen te werken.

Dit proces wordt soms verpleegkundig proces genoemd, dan worden de volgende zes fasen onderscheiden:

1. Anamnese
2. Diagnose
3. Planning van resultaten
4. Planning van interventies
5. Uitvoering
6. Evaluatie

In het nieuwe beroepsprofiel wordt het klinisch redeneren genoemd en kent dan 5 fasen:

1. Risico-inschatting
2. Vroegsignalering
3. Probleemherkenning
4. Interventie
5. Monitoring

Marc Bakker schreef verschillende boeken over klinisch redeneren. Hij noemt het ProActive Nursing en onderscheidt in zijn methode zes stappen:

1. Oriëntatie op de situatie
2. Klinische problematiek inzichtelijk
3. Aanvullend onderzoek
4. Klinisch beleid
5. Klinisch verloop
6. Nabeschuwing

De overeenkomst tussen de verschillende methoden is dat er methodisch gegevens worden verzameld, geanalyseerd en daarop volgen bewust geplande en uitgevoerde interventies. Door de methodische manier van werken dragen de interventies daadwerkelijk bij aan het doel van verplegen. Beslissingen kunnen beargumenteerd worden en de communicatie kan daardoor helder zijn.

In het beroepsprofiel is gekozen voor de volgende definitie van klinisch redeneren:

Klinisch redeneren is het continue proces van gegevensverzameling en analyse gericht op de vragen en problemen van een individu en diens naasten, in relatie tot ziekte en gezondheid.

Meer informatie hierover vind je onder andere in *Het Beroepsprofiel voor Verpleegkundigen* (Schuurmans, Lambregts, Grotendorst en anderen) en in *Werken met het verpleegkundig dossier* (J. Hesselink, 2015).

#### **ACTIVITEIT 0-1 WAT IS HET NUT VAN KLINISCH REDENEREN.**

Vraag aan twee ervaren collega's wat zij verstaan onder klinisch redeneren en hoe zij vorm geven aan het klinisch redeneren. Gebruiken ze hulpmiddelen?

## **Competentiegebieden 2020**

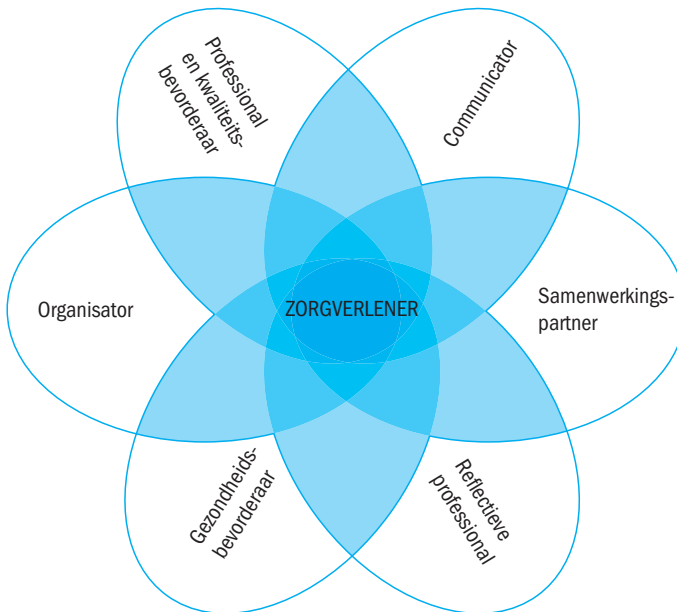
In het beroepsprofiel is gekozen voor een ordening in zeven competentiegebieden. Een competentiegebied kan daarbij gezien worden als een terrein waarop de verpleegkundige bekwaam is.

De kern van de verpleegkundige beroepsbeoefening is de verpleegkundige als zorgverlener. De andere zes gebieden raken allemaal aan de rol van zorgverlener, en krijgen ook betekenis door de invulling van de rol van zorgverlener.

De zeven gebieden waarop de verpleegkundige bekwaam is zijn:

1. Zorgverlener
2. Samenwerkingspartner
3. Communicator
4. Reflectieve professional
5. Gezondheidsbevorderaar
6. Organisator
7. Professional en kwaliteitsbevorderaar

In figuur 1 vind je de competentiegebieden in schema afgebeeld.



**FIGUUR 1** Competentiegebieden verpleegkundige

### Bekwaamheid

Voor het planmatig leren denken, handelen en communiceren in de zorg voor een patiënt heb je op alle zeven terreinen je bekwaamheid nodig. Bekwaamheid wordt in het profiel uitgewerkt door de context, verantwoordelijkheid, kennis en vaardigheid te beschrijven.

Met de context van zorg wordt de situatie waarin de zorg wordt verleend bedoeld. De complexiteit van zorg is daarbij met name van belang. De verpleegkundige moet verantwoordelijkheid nemen, dragen en afleggen richting de patiënt. Dat betekent samen bepalen wat goede zorg is, afwijken van de standaard als dat nodig is, de zorg daadwerkelijk verlenen en tenslotte onderbouwing en toelichting kunnen geven op geleverde zorg. Op ieder competentiegebied zijn er ook kennis, vaardigheden en houdingsaspecten beschreven waaraan de verpleegkundige zorg op dat terrein zou moeten voldoen.

**TIP** Zoek op internet het beroepsprofiel verpleegkundige op en blader door naar Hoofdstuk 3, pagina 22. Lees aandachtig alle kennis- en vaardigheidsaspecten waarover de verpleegkundige moet beschikken. Ze staan uitgewerkt per competentiegebied.

**ACTIVITEIT 0-2 HOE COMPETENT BEN JIJ?**

Omschrijf in je eigen woorden wat je denkt te moeten leren om als professioneel verpleegkundige methodisch te kunnen denken, handelen en communiceren. Het is handig om de zojuist doorgenomen pagina's van het profiel als hulpmiddel te gebruiken. Bespreek dit na met je medestudenten.

## Klinisch redeneren in de praktijk

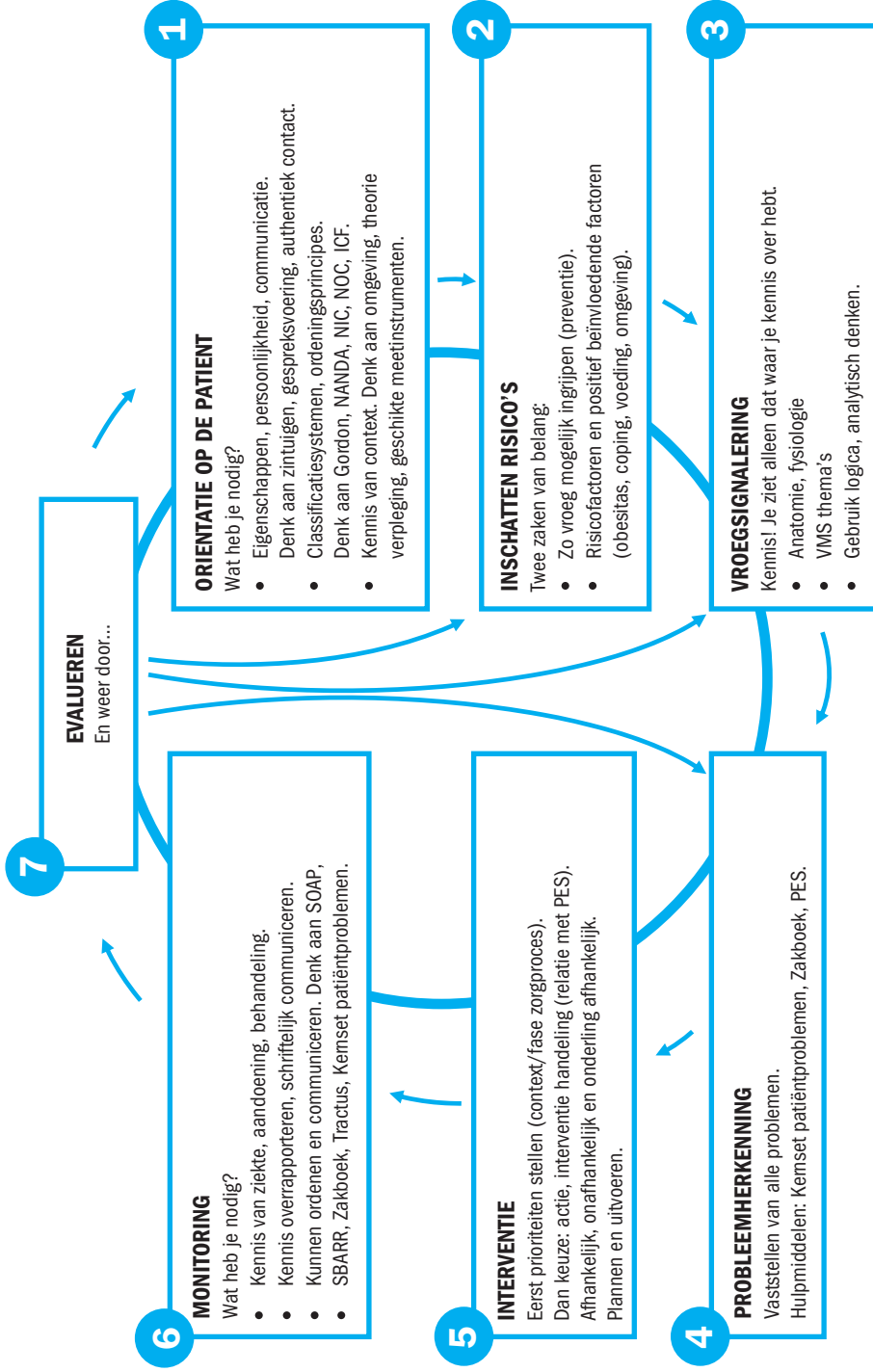
Klinisch redeneren is een hulpmiddel bij het planmatig en methodisch werken. In feite bestaat het uit een aantal stappen die je zet bij de verpleging van je patiënt. Klinisch redeneren houdt in dat je alle benodigde kennis op een methodische manier toepast in de praktijk. Overal waar verpleegkundigen werken kom je de stappen uit het klinisch redeneren steeds tegen.

De inhoud van het werk kan per werkplek, per setting enorm verschillen. Verpleegkundigen zijn werkzaam in de OGGZ, in de ouderenzorg, de thuiszorg, in ziekenhuizen, bij justitie, et cetera. Op al deze plaatsen kom je uiteenlopende typen patiënten met uiteenlopende problematiek tegen. De analyses zijn daarom inhoudelijk heel verschillend. De methode, de manier waarop verpleegd wordt, de vorm van verplegen blijft dezelfde. De inhoud, en vooral de achtergronden van de patiëntproblemen, is steeds anders.

### De context kan veranderen, het planmatig werken blijft

Het ziekenhuis is een plaats waar vooral patiënten met lichamelijke klachten komen. Er wordt in het ziekenhuis hoogwaardige diagnostiek en therapie geboden. Uitgangspunt van de zorg is het medisch behandelplan. Het werk is daardoor vrij technisch van aard. De opnameduur is relatief kort en wordt de laatste jaren door een verbetering van efficiency steeds korter. De kenmerken van het ziekenhuis – toepassen van hoogwaardige technologie en een korte verblijfsduur – hebben effect op de invulling van het verpleegkundig proces. De verpleegkundige speelt een belangrijke rol in de diagnostiek en behandeling en in het zo kort mogelijk houden van de opnameduur. Tijdens de opname (spoed of gepland) is er vanzelfsprekend uitgebreid aandacht voor de oriëntatiefase. In het ziekenhuis kan het voorkomen dat er tijdens een spoedopname alleen de hoognodige informatie wordt verzameld omdat praktisch ingrijpen belangrijker is. Je vindt er bijvoorbeeld weinig terug over de persoon van de patiënt. Wanneer er meer stabiliteit in de situatie van de patiënt komt, zal er alsnog uitgebreider informatie verzameld worden. Het accent ligt daarbij steeds op diagnosticeren, plannen en vooral handelen. In het dossier is veel ruimte voor de technische kant van de zorg en voor de administratie van observaties en metingen zoals van wondzorg, infusen, en de controle van vitale functies.

In de intramurale crisisopvang of verslavingszorg ziet het proces er meestal heel anders uit. Bij opname observeer je hoe de verslaafde patiënt eruitziet. Is hij ondervoed, slecht verzorgd, heeft hij wonden of zijn er andere signalen van lichamelijke verwaarlozing? Sommige verslaafden komen van huis, anderen vanuit een justitiële opvang en een derde categorie komt van de straat. In de verslavingszorg heb je vaak te maken met een psychiatrische achtergrond, met de verslaving zelf en met de fysieke kant van de





verslaving. Bij ontgiften en bij verdere therapie is het van groot belang dat je begrijpt wat de verslaafde fysiek ervaart bij drugsgebruik en stoppen met drugsgebruik. De doelen die je nastreeft hebben veelal te maken met motivatie, educatie en uiteindelijk zelfmanagement.

Er is veel ruimte voor de eerste fase: het fysieke ontgiften. Daarna vind je veel interventies die betrekking hebben op motivatie en educatie. Ook is er ruimte voor verslaglegging over het sociale netwerk en de huisvesting van de patiënt.

Om meer te weten over de aard van de zorg in verschillende velden, plaatsen waar je als verpleegkundige kunt gaan werken, is het boek *Oriëntatie op nursing* (Hesselink, 2009) een aanrader.

### **Planmatig werken als hulpmiddel**

Door sturing te geven aan het proces van verplegen, het planmatig en probleemoplossend werken, verbeteren we het resultaat van de verpleging. Klinisch redeneren is daarmee een hulpmiddel om efficiënt en doelgericht te werken. Het methodisch denken en werken is geen doel op zichzelf.

Klinisch redeneren is een hulpmiddel om alle gegevens te verzamelen en een scherpe analyse uit te voeren. Als je stappen overslaat loop je het risico overhaaste en onjuiste conclusies te trekken. Risico's en kansen worden dan over het hoofd gezien. Voer je analyse, je denkproces, zo sterk mogelijk uit. Het is een kans op beter resultaat en als professional mag je je patiënt die kans niet onthouden.

**TIPS** Volg het stappenplan in dit boek, en voer alle activiteiten uit. Aan het eind ervan heb je het proces van klinisch redeneren doorlopen.

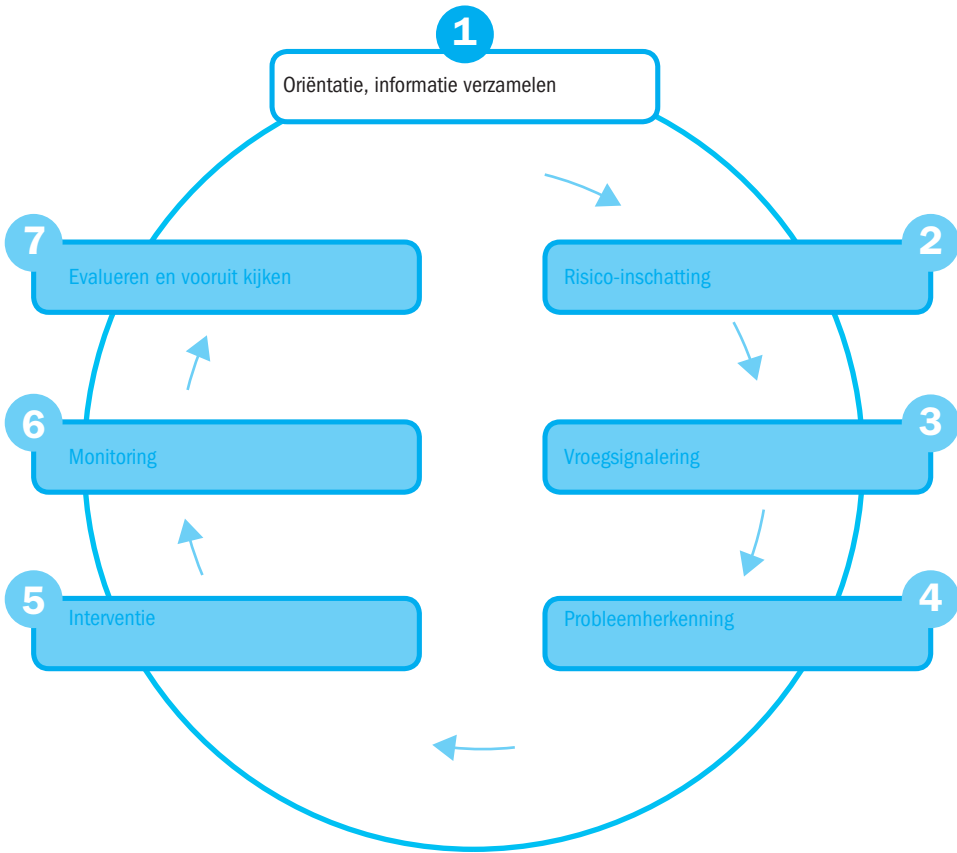
Bij het doornemen van de theorie, kun je soms een hoge informatiedichtheid ervaren. Het is dan moeilijk om direct overzicht over het hele proces te hebben. Om dat te verbeteren is het model op de pagina hiernaast gemaakt. Kopieer dit model uit je boek en leg de afbeelding steeds naast de theorie en activiteiten die je aan het doornemen bent. Dat geeft houvast en overzicht.

### **ACTIVITEIT 0-3 KIES EEN PATIËNT OF CASUS**

Kies alvast één of twee patiënten uit die je zou willen gebruiken als 'oefenmateriaal' voor dit boek.

### **EXTRA OPDRACHT**

1. Maak een mindmap over de verschillen en overeenkomsten tussen de verschillende benaderingen van planmatig en methodisch werken (verpleegkundig proces, klinisch redeneren, ProActive Nursing zoals omschreven door Marc Bakker). Bespreek dit met een of meer studenten.



# Stap 1

## Oriëntatie, informatie verzamelen

De eerste stap van klinisch redeneren bestaat uit de oriëntatie op je patiënt. Als je je patiënt ontmoet vorm je een voorlopig beeld over de patiënt. Wie is je patiënt en wat is er met je patiënt aan de hand. Iedere patiënt is een uniek persoon met een eigen geschiedenis, context en eigenschappen. De zorgvragen waarmee patiënten bij je komen lijken soms op elkaar maar zijn uiteindelijk ook altijd uniek. Een oriëntatie en inschatting van de persoon van de patiënt én de zorgvraag die voorligt is daarom belangrijk. Als verpleegkundige ben je je voortdurend aan het oriënteren op deze zaken. Soms ben je je er zelfs niet van bewust. Je gaat het contact aan, je hebt aandacht voor je patiënt. Je maakt soms gebruik van meetinstrumenten en classificatiesystemen om je beeld van de patiënt zo compleet en overzichtelijk mogelijk te maken.

### Eigenschappen van verpleegkundigen

In het contact met je patiënt neem je steeds jezelf mee. Bij contact en interactie zijn beide partijen relevant. Het is daarom belangrijk kennis over jezelf te hebben. Over wie je bent. Over de reacties van anderen op jou. Je kunt jezelf daarbij verschillende vragen stellen zoals:

- Hoe leg je contact?
- Wat zijn jouw (kern)kwaliteiten en valkuilen?
- Wat zijn jouw waarden en normen?
- Hoe zou je je professionele attitude omschrijven?
- Ben je in staat om te schakelen tussen verschillende mensen?
- Wekt jouw verschijning weleens wrevel bij andere mensen?
- Kun je de ander in het contact aandacht geven?
- Wil je zelf graag aandacht en belangstelling van de ander ontvangen?
- Wat zijn je (voor)oordelen over anderen?
- Hoe zijn jouw zintuigen ontwikkeld?
- Met welke humeur ga je naar je werk of stage?
- Als je zelf verdrietig of boos bent, hoe reageren anderen dan op jou?
- Hoe verzorg je jezelf?

## Zien, horen, ruiken en voelen

Zintuigelijke waarneming is van belang bij het observeren en oriënteren op de situatie van je patiënt. Gezichtsvermogen, gehoor, smaakzin, reukzin en tastzin zijn onze vijf zintuigen. Zien, horen, ruiken en voelen zijn de gewaarwordingen die je in je werk veel zult gebruiken.

Je gezichtsvermogen is van groot belang. Je ziet er, letterlijk, je patiënt mee. De kleur van de huid, de lichaamshouding, de grootte en kleur van een wond, de hoeveelheid bloed, urine en andere vloeistoffen, de transparantie van vloeistoffen, de mate waarin patiënten verzorgd of aangekleed zijn, gezichtsuitdrukkingen, voedingstoestand, overgewicht of ondergewicht, et cetera.

Je gehoor is van belang om vast te stellen of iemand ademt en hoe de ademhaling klinkt, voor kreunen van pijn of schreeuwen van angst, om te horen wat iemand zegt en wat de klank in zijn of haar stem is.

Echt horen en luisteren kan heel veel informatie over je patiënt geven.

Ruiken is een onderschatte gewaarwording. Melena bijvoorbeeld herkent de ervaren verpleegkundige op basis van reuk al op een afstand. Een belangrijk gegeven omdat de doordringende geur je waarschuwt dat er iets ernstigs aan de hand is. Ook kenmerkende luchtjes als angstzweet, straatvuil, opgedroogde urine, slechte adem of een stinkende ontstoken wond zijn belangrijke signalen voor de verpleegkundige. Nog voordat je iets hebt besproken met je patiënt heb je al informatie verzameld.

Je tastzin kan je helpen om te voelen of een dikke buik ook hard is, of toch zacht. Om te voelen of die rode plek ook warm is. Of een korst op een wond loszit of vastgehecht aan het wondbed. Om te voelen of skeletdelen intact zijn of gebroken.

Proeven, smaakzin, werd (heel) vroeger wel toegepast. Urine bijvoorbeeld werd geproefd. Zo konden artsen vaststellen of er glucose in de urine aanwezig was. Tegenwoordig wordt proeven niet meer toegepast in de gezondheidszorg. Alle andere zintuigen worden in de praktijk veel gebruikt. Het is van belang zuinig te zijn op je eigen zintuigen en je ervan bewust te zijn dat je zintuigen soms minder goed werken. Bij verkoudheid ruik je minder, na een avond op een feest kan je gehoor minder scherp zijn. Vraag in zo'n geval altijd een collega om mee te kijken, luisteren, ruiken en voelen.

## Gespreksvoering

Bij de communicatie tussen verpleegkundige en patiënt worden drie niveaus van communiceren onderscheiden:

- de inhoud van wat er wordt verteld
- de procedure of de manier waarop iets wordt verteld
- het proces van de betrekkingen tussen verpleegkundige en patiënt, en de gevoelens die er tijdens de communicatie kunnen zijn

Van de verpleegkundige wordt inzicht in deze niveaus verwacht. Daarnaast moet je als verpleegkundige tijdens een gesprek met je patiënt soepel kunnen schakelen tussen deze niveaus. De communicatie behoort 'op maat' te zijn. Dit vraagt om een groot inlevingsvermogen. Er wordt altijd rekening gehouden met persoonlijke factoren zoals leeftijd, etnisch/culturele achtergrond, taalbeheersing, kennis en begripsniveau, emotie, coping-stijl en draagkracht.

Om richting te geven aan het gesprek met een patiënt en je zo te oriënteren op je patiënt maak je gebruik van gesprekstechniek.

De volgende vaardigheden vormen daarbij de basis:

- open vragen
- gesloten vragen
- luisterende houding
- suggestieve vragen
- reflecterende vragen
- e-in/e-ex vragen
- gericht doorvragen

Open vragen beginnen vaak met: Waarom? Hoe? Vertel eens hoe dat is gegaan? Waarom hebt u daarvoor gekozen? Wanneer merkte u dat het douchen niet meer zo goed ging? Open vragen geven de patiënt ruimte en roepen op om meer te vertellen.

Gesloten vragen, vragen om een duidelijk antwoord. Bijvoorbeeld: bent u hier tevreden?

Een luisterende houding is een houding waarbij je contact maakt. Als de patiënt je wat vertelt, laat je weten dat je luistert door bijvoorbeeld te hummen of te knikken en je volgt wat hij zegt. Je stelt vragen en vraagt gericht door, daarnaast vat je samen wat de patiënt je vertelt.

Een luisterende houding is: horen – begrijpen – interpreteren – reageren. Dit laat je zien in je houding. Dat wil zeggen dat je houding uitnodigend is, iets voorover gebogen, gericht naar de patiënt, waardoor de patiënt het gevoel heeft dat je luistert en begrijpt wat hij bedoelt. Je aandacht is volledig bij de patiënt en niet afgeleid door de omgeving, je hebt oogcontact en vraagt door op belangrijke zaken.

Suggestieve vragen zijn niet erg geschikt om gegevens te verzamelen. Je laat je mening doorschemeren in de vraag die je stelt. Bijvoorbeeld: 'dat zal wel pijn doen' of 'naar huis gaan valt niet mee he?'

Reflecterend vragen kunnen een goed middel zijn om je waarnemingen samen te vatten en de patiënt proberen te begrijpen. Bijvoorbeeld: u praat zo zacht, kost het u moeite om te praten?

E-in vragen zijn vragen die ingaan op wat de ander zegt, het zogeheten doorvragen. Dit is soms noodzakelijk om duidelijk te krijgen wat de patiënt bedoelt. Bijvoorbeeld: de patiënt vertelt dat het douchen wel aardig gaat, om duidelijk te krijgen wat 'aardig' betekent, is het noodzakelijk om door te vragen.

E-ex vragen zijn vragen die het gesprek een andere wending kunnen geven. Dit is soms noodzakelijk tijdens een gesprek. Omdat de informatie die de patiënt geeft geen bijdrage levert aan het verpleegproces. Bijvoorbeeld: de patiënt vertelt over ervaringen van familieleden die niet relevant zijn voor de situatie. Dan kan een vraag gericht op het proces van de patiënt een andere wending aan het gesprek geven.

Gerichte vragen zijn vragen die noodzakelijk zijn om de informatie te verzamelen die van belang is voor de verpleging van de patiënt. Bijvoorbeeld: hebt u problemen met het gaan zitten in en opstaan uit de stoel? Hebt u problemen met in en uit bed stappen?

## Contact

Observeren en gesprekstechnieken zijn concrete en goed aan te leren vaardigheden. Het zijn vaardigheden die eenvoudig uit te leggen zijn en op basis van opsommingen en oefeningen getraind kunnen worden. Verplegen en je verdiepen in een ander, je oriënteren op andermans zorgen, problemen, vragen en gezondheid vraagt ook nog om iets anders. Iets wat minder grijpbaar is. Het vermogen om werkelijk contact te maken met je patiënt, om je open te stellen en aan te passen aan je patiënt. Een verpleegkundige moet steeds weer authentiek contact van mens tot mens kunnen maken.

Dat klinkt eenvoudiger dan het is.

Het initiatief en de verantwoordelijkheid voor het contact liggen bij de verpleegkundige. Patiënten zijn soms boos, ze hebben pijn of voelen zich slecht. Jij bent aan het werk en je bent aanwezig voor de patiënt. Verwacht niet dat je patiënt altijd aardig voor jou is of zit te wachten op jouw behoeftes of principes. Patiënten hebben eigen zorgen.

Als verpleegkundige start je met iedere patiënt een relatie op. Je past je aan de ander aan, stelt de ander zoveel mogelijk op zijn of haar gemak, zorgt dat de ander zich zo comfortabel mogelijk voelt, je geeft ruimte en biedt gelegenheid om zorgen te uiten, om gevoelens neer te leggen. Keurt de ander niet af om zijn of haar ideeën of standpunten. Je blijft professioneel en gedraagt je niet slaafs, onderdanig, opstandig, agressief of anderszins negatief.

Je benadert je patiënten menselijk en waardig, je creëert ruimte zodat je patiënt zich vrij voelt om zichzelf te laten zien, om openheid te geven over zorgen of klachten. Want alleen als er authentiek en professioneel contact door jou wordt gelegd en onderhouden kun je een goed beeld van je patiënt vormen. Contact is essentieel voor een professionele verpleegkundige.

**TIP** Probeer je patiënten en je collega's zo open mogelijk te benaderen. Privé standpunten en idealen doen op je werk niet ter zake.

### ACTIVITEIT 1-1 HOE FUNCTIONEER JIJ?

Je oefent in groepen van drie.

Spreek met elkaar af welke situatie jullie gebruiken om te oefenen.

Bijvoorbeeld: je hebt een drukke dag op school gehad en je gaat naar huis.

Je hebt veel meegemaakt: de studieloopbaanbegeleiding was heftig en je hebt veel lesactiviteiten gehad. Je wilt graag even je verhaal kwijt.

Je mag ook een andere (zorg)situatie als uitgangspunt nemen bij deze oefening.

Verdeel de volgende drie rollen onder elkaar:

- degene die zijn verhaal kwijt wil (patiënt)
- verpleegkundige die luistert
- de observant

De observant geeft na het voeren van het gesprek feedback op de vaardigheden van de verpleegkundige.

Observatiepunten:

- oogcontact, hoofdbewegingen
- lichaamshouding:
  - ontspannen of gespannen
  - voorover of achterover geleund
  - open en gesloten houding

- rustige of onrustige gebaren en bewegingen
- gezichtsuitdrukking
- kleine aanmoedigingen
- hummen
- knikken
- vragende blik
- handgebaar
- gebruik van zintuigen
- wijze van contact maken, de interactie
- het schakelen tussen inhoud, procedure en proces. Geef voorbeelden waaruit blijkt hoe er werd geschakeld.

Extra: kan de “verpleegkundige” (foutloos) navertellen wat de “patiënt” vertelde en liet zien op proces en procedure niveau? Wat zag je aan het gedrag, de verschijning?

## Classificatiesystemen

In de oriëntatiefase wordt een grote hoeveelheid informatie verzameld. Er zijn heel veel zaken die je aan je aan patiënten kunnen opvallen of die voor jou als verpleegkundige van belang kunnen zijn in het zorgproces. Classificatiesystemen zijn een goed hulpmiddel bij het verzamelen en ordenen van informatie. Een classificatiesysteem is een hulpmiddel bij het oriëntatieproces. Er zijn heel veel verschillende classificatiesystemen. Het systeem dat je kiest moet vooral goed passen bij de praktijk. Op een spoedeisende hulp in een algemeen ziekenhuis verzamel je bijvoorbeeld andere informatie dan op een crisisafdeling in de verslavingszorg of een longstay in de psychiatrie. De context van zorg is belangrijk bij de keuze van een geschikt classificatiesysteem.

Classificatie is het sorteren van zaken in voorgedefinieerde categorieën. Een voorbeeld van een systeem waar classificatie wordt toegepast is een supermarkt, waar de producten op productsoort, producttype en merknaam staan uitgesteld in vakken. Het doel van classificeren is een vereenvoudigde structuur aanbrenge in de relatie tussen objecten ([www.encyclo.nl](http://www.encyclo.nl)).

Voorbeelden van veelgebruikte classificatiesystemen in de verpleegkunde zijn: de elf gezondheidspatronen van Marjory Gordon, ICF, NANDA, NIC en NOC.

### Gordon

Marjory Gordon (emeritus hoogleraar aan de Boston University) was lange tijd voorzitter van de Nanda (North American Nurses Diagnosis Association). In 2009 werd zij door de AAN (American Academy of Nursing) uitgeroepen tot ‘Living Legend’. Tijdens de uitreiking van deze prijs vertelde Gordon hard te werken aan een boek over ‘clinical judgement’ (klinisch redeneren). Wat haar betreft, is het van zeer groot belang dat verpleegkundigen kritisch leren denken, redeneren, en logica leren toepassen, omdat dat noodzakelijk is bij het vertalen van observaties naar een klinisch oordeel. Kennis verandert in de loop van je verpleegkundige loopbaan, maar cognitieve vaardighe-

den heb je voor altijd. Kijk voor meer informatie ook eens op [www.nanda.org](http://www.nanda.org) of [www.aannet.org](http://www.aannet.org)

Gordon heeft een raamwerk ontwikkeld waarin een ordening ontstaat in functionele gezondheidspatronen. Zij onderscheidt elf gezondheidspatronen:

### *1 Gezondheidsbeleving en instandhouding*

Dit patroon omvat datgene wat de patiënt van zijn gezondheid vindt en hoe hij voor zijn gezondheid zorgt. Het gaat erom hoe de patiënt zijn gezondheid beleeft en de relevantie daarvan voor zijn huidige en toekomstige activiteiten. Daarbij hoort ook het algemeen gezondheidsgedrag, zoals: gezondheidsbevorderende activiteiten, preventieve maatregelen voor de geestelijke en lichamelijke gezondheid, het opvolgen van medische of verpleegkundige voorschriften en de medewerking aan nazorg.

### *2 Voeding/stofwisseling*

Het voeding/stofwisselingspatroon omvat de opname van vocht en voedsel in verhouding tot de fysiologische behoefte, en ook de indicatoren van de plaatselijke (geografisch) aanwezige voedingsmiddelen. Onder andere: de individuele eet/drinkpatronen, de dagelijkse eettijden, soorten en voedselvoorkeuren, en het gebruik van voedings- en vitaminesupplementen.

### *3 Uitscheiding*

Het uitscheidingspatroon omvat de uitscheidingsfunctie van darmen, blaas en de huid. Aspecten zijn: regelmaat, het gebruik van laxantia of andere middelen om de ontlasting op te wekken. Eventuele veranderingen of problemen wat betreft tijd, manier, kwaliteit of kwantiteit van de uitscheiding. Ook eventuele hulpmiddelen vallen hieronder (katheter, plaswekker, stomartikelen). De manier waarop een gezin/buurt met het (huis)afval omgaat, kan eveneens tot de uitscheiding behoren.

### *4 Activiteiten*

Het activiteitenpatroon omvat het geheel van lichaamsbeweging, ontspanning, recreatie en vrijetijdsbesteding. Datgene wat dus energie kost. Factoren die een belemmering zijn voor het gewenste of verwachte individuele patroon, zoals neuromusculaire functiestoornissen, angina of benauwdheidsklachten worden eveneens tot dit patroon opgetekend. Tot slot maken de vrijetijdsbesteding en alle recreatieve activiteiten die de patiënt alleen of met anderen onderneemt deel uit van dit patroon. De nadruk ligt op activiteiten die van groot belang zijn voor de patiënt.

### *5 Slaap/rust*

Slaap/rust omvat het patroon van perioden met slaap, rust en ontspanning verspreid over het etmaal. Hiertoe behoren ook de subjectieve belevingen van de kwaliteit en de kwantiteit van slaap en rust en de hoeveelheid energie en de eventuele hulpmiddelen, zoals slaapmedicatie en bepaalde gewoonten voor het slapen gaan.

### *6 Waarneming/cognitie*

Waarneming en cognitie omvatten de zintuiglijke waarneming en de cognitieve functies. Te denken valt aan: de kwaliteit van zien, horen, ruiken en proeven. Ook eventuele compensatiemechanismen of prothesen vallen onder dit patroon. Daarnaast worden de pijnzin en de omgang met pijn, het



taalvermogen, oordeelsvermogen en de besluitvorming in dit patroon samengevat.

### *7 Zelfbeleving*

Hoe ziet de persoon zichzelf? Het gaat om de ideeën van de eigen persoon. De beleving van de eigen vaardigheden, het zelfbeeld, de eigen identiteit, het gevoel van eigenwaarde en het algemene patroon van emoties. Ook de lichaamshouding, motoriek, het oogcontact, de stem en het spraakgebruik maken deel uit van dit patroon.

### *8 Rollen/relatie*

Rollen/relatie gaat over de belangrijkste rollen en de verantwoordelijkheden van de patiënt in zijn huidige levenssituatie en zijn familie-, gezins-, werk- en sociale relaties met de bijbehorende verantwoordelijkheden. De tevredenheid van de patiënt en de eventuele verstoring van dat patroon.

### *9 Seksualiteit/voortplanting*

Seksualiteit/voortplanting omvat seksuele relaties, seksualiteitsbeleving en het voortplantingspatroon. Maar ook de mate van (on)tevredenheid hiermee en de eventueel subjectieve beleving/problemen. Bij de vrouw zijn ook de vruchtbaarheid, maturiteitsfase (premenopauze, overgang, postmenopauze) en eventuele subjectieve problemen van belang.

### *10 Stressverwerking*

Stressverwerking gaat over de manier waarop iemand in het algemeen met problemen en stress omgaat. Het vermogen een persoonlijke crisis te doorstaan, het mechanisme om iets het hoofd te bieden (coping), steun bij anderen (zoals familie) te zoeken of bij anderen en het subjectieve vermogen om macht over een situatie uit te oefenen.

### *11 Waarden/overtuiging*

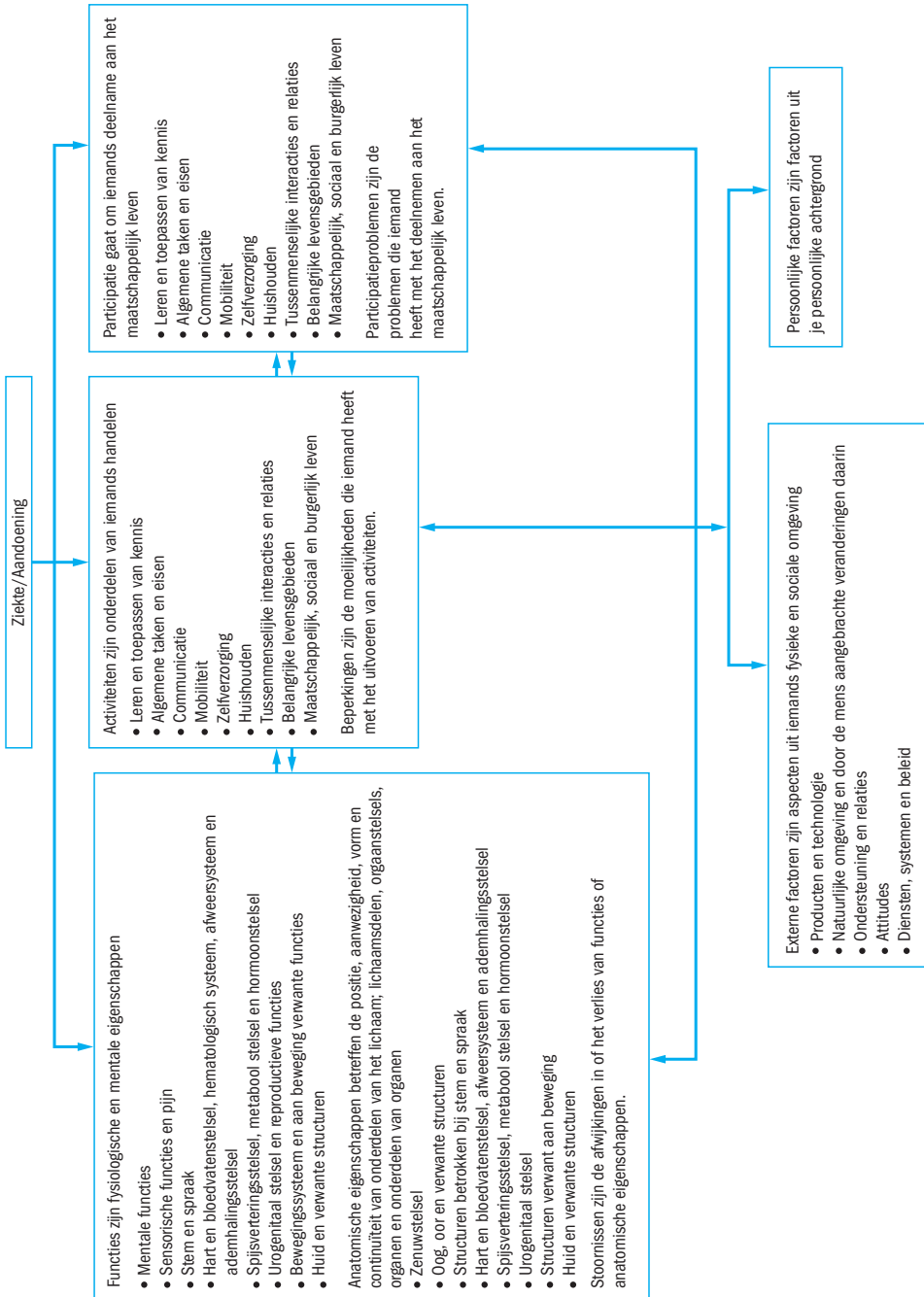
Dit patroon heeft betrekking op waarden, normen, doelstellingen en overtuigingen. Op basis waarvan iemand keuzes en beslissingen maakt. Dus wat iemand belangrijk vindt in het leven. Zijn er bepaalde normen, overtuigingen of verwachtingen ten aanzien van de gezondheid die in zijn beleving botsen?

## **ICF**

De afkorting ICF staat voor 'International Classification of Functioning, Disability and Health'. De ICF is onderdeel van de internationale familie van WHO (World Health Organization) classificaties.

De classificatie beschrijft hoe mensen omgaan met hun gezondheid. Gezondheid is middels de ICF te omschrijven in lichaamsfuncties, anatomische eigenschappen, activiteiten en participatie. Gezondheid kan daardoor vanuit lichamelijk, individueel en maatschappelijk perspectief bekeken worden. De ICF kent omgevingsfactoren en is nuttig voor het begrijpen en meten van gezondheidsuitkomsten. De classificatie kan gebruikt worden in klinische situaties, in allerlei zorginstellingen en in gezondheidsonderzoek op individueel en bevolkingsniveau.

In figuur 2 vind je een korte en versimpelde weergave van de ICF classificatie.



FIGUUR 2 De ICF classificatie

## NANDA, NIC, NOC

NANDA is een afkorting van de North American Nursing Diagnosis Association. De NANDA is een organisatie, die de ontwikkeling, vaststelling en herziening van verpleegkundige diagnoses beheert. De NANDA ontwikkelt en valideert verpleegkundige diagnoses.

De verpleegkundige diagnoses van de NANDA zijn geordend in een classificatie met verschillende abstractieniveaus. Het hoogste abstractieniveau omvat 13 domeinen:

1. Gezondheidsbevordering
2. Voeding
3. Uitscheiding
4. Activiteit/rust
5. Perceptie/cognitie
6. Zelfperceptie
7. Rol en relatie
8. Seksualiteit
9. Coping en stresstolerantie
10. Waarden en normen
11. Veiligheid en bescherming
12. Comfort/welbevinden
13. Groei en ontwikkeling

Onder ieder domein vallen verschillende abstractieniveaus met daarin klassen, diagnostische concepten en diagnoses. Onder het domein comfort/welbevinden vind je bijvoorbeeld de klasse lichamelijk comfort met daar onder het diagnostisch concept pijn en daarbinnen de diagnoses acute pijn en chronische pijn.

Aan de domeinen van de NANDA zie je dat er veel overeenkomsten te vinden zijn met de classificatie van Marjory Gordon.

De NIC is een classificatie van verpleegkundige interventies. NIC betekent dan ook Nursing Interventions Classification. De NIC is ontwikkeld door de universiteit van IOWA in de jaren 90 van de vorige eeuw. De NIC is goed te koppelen aan de NANDA maar dat hoeft niet. In het *Zakboek verpleegkundige diagnoses* bijvoorbeeld is dat gedaan voor het gebruiksgemak.

Binnen de NIC worden op het hoogste abstractieniveau de volgende domeinen onderscheiden:

1. Elementair fysiologische functies
2. Complex fysiologische functies
3. Gedrag
4. Veiligheid
5. Gezin en familie
6. Gezondheidszorgstelsel
7. Samenleving

Binnen ieder domein vind je klassen met verwante interventies, daaronder het niveau van de interventies en tenslotte het laagste abstractieniveau de activiteiten.

De NOC is de classificatie van zorgresultaten (Nursing Outcomes Classification). De NOC is in het leven geroepen door het NIC team van de universiteit in IOWA. De NOC kent verschillende abstractieniveaus. Met als hoogste niveau de volgende domeinen:

1. Functionele gezondheid
2. Fysiologische gezondheid
3. Psychosociale gezondheid
4. Gezondheidskennis en -gedrag
5. Gezondheidsbeleving
6. Gezondheid van familie en gezin
7. Maatschappelijke gezondheidszorg

De aansluiting van NIC op NOC valt natuurlijk direct op. Onder de domeinen zijn nog twee abstractieniveaus te onderscheiden: klassen en resultaten.

De NANDA kan goed gebruikt worden bij het classificeren en verzamelen van informatie. De classificaties van NIC en NOC kunnen later in het proces van pas komen. Verzamelen van informatie op basis van de NANDA of de patronen van Gordon heeft als voordeel dat de classificaties van NIC en NOC er goed op aansluiten. De NIC en NOC zijn echter zo ontwikkeld dat ze ook goed kunnen aansluiten op andere theorieën, modellen of classificatiesystemen.

**TIPS** Op [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl) kun je veel informatie vinden over de ICF classificatie. Zoek middels de zoekfunctie op 'ICF'.

Als je gegevens verzamelt en ordent met behulp van een classificatiesysteem beperk je dan vooral tot de hoofdpunten van de classificatie. Neem die hoofdpunten mee in het contact met de patiënt. Probeer niet per se volledig te zijn.

#### **ACTIVITEIT 1-2 CLASSIFICATIESYSTEMEN IN DE PRAKTIJK**

Zijn er op jouw stage afdeling of in de klas nog andere classificatiesystemen besproken? Welk classificatiesysteem past het best bij jouw praktijksituatie en waarom?

#### **ACTIVITEIT 1-3 OEFENEN MET CLASSIFICEREN**

In activiteit 0-3 heb je een patiënt uit jouw praktijk gekozen met wie jij aan de slag wil gaan in dit boek. Bij activiteit 1-2 heb je een classificatiesysteem gekozen dat het best bij jouw praktijksituatie past.

- Als je een 'echte' patiënt hebt gevonden, voer dan een (opname)gesprek om gegevens te verzamelen over deze patiënt. Vraag een medestudent of je begeleider om aanwezig te zijn bij dit gesprek. Eventueel kun je het gesprek ook opnemen (alleen geluid of geluid en beeld).
- Uitgangspunten bij het gegevens verzamelen:
  - bewust contact maken, gebruik maken van je zintuigen
  - de gesprekstechnieken die je geleerd hebt bij activiteit
  - het classificatiesysteem dat je hebt gekozen
- Vraag achteraf feedback op de manier waarop je contact maakte, gesprekstechnieken toegepast hebt en het classificatiesysteem hebt gebruikt.

- Maak een schriftelijk verslag van het gesprek en probeer zo goed mogelijk weer te geven wat er gezegd is en wat je opgevallen is aan de patiënt (gebruik je zintuigen).
- Vraag feedback op dit verslag. Heeft jouw observator hetzelfde gehoord, gezien, geroken als wat jij hebt opgeschreven?

Als je besluit te werken met een casus dan doe je hetzelfde als bij een echte patiënt. Nu heb je alleen nog een derde medestudent nodig die voor jou de rol van de patiënt speelt. Je maakt drietallen en je wisselt de volgende rollen af:

- degene die gegevens verzamelt
- de observator
- een patiënt

## (Meet)instrumenten

In deze eerste oriënterende stap van het klinisch redeneren wil je zo snel mogelijk vaststellen of er iets aan de hand is met je patiënt. Om dat te bereiken moet je contact kunnen maken, kunnen observeren en weten welke informatie je zoekt en hoe je die informatie het meest efficiënt ordent.

Daarnaast is het ook heel handig om gebruik te kunnen maken van verschillende meetinstrumenten. Meetinstrumenten zijn goede hulpmiddelen bij het oriënteren en beoordelen van een zorgsituatie. Ze kunnen je helpen bij het in kaart brengen van de basisparameters zoals reactiepatroon, bewustzijn, oriëntatie vermogen, ademfrequentie, saturatie, kleur, NIBP, hartfrequentie, hartritme, pulsaties, halsvenen, capillaire refill-tijd, perifere kleur, diurese, turgor en temperatuur.

In *Metten is weten* (J.Hesselink, 2015) vind je een overzicht van de meest voorkomende meetinstrumenten voor verpleegkundigen.

### SBAR(R)

De SBAR(R) is geen meetinstrument maar wel een goed hulpmiddel, instrument, bij het redeneren in de oriëntatiefase. SBAR(R) is een afkorting van Situation, Background, Assessment, Recommendation, Read back. De SBAR(R) geeft structuur en duidelijkheid aan professionele communicatie (zoals overdracht, visite of telefonisch consult) en helpt je tegelijkertijd informatie te analyseren. De SBAR(R) is ontwikkeld om effectief te communiceren maar heeft, bij goed gebruik, als nevenresultaat een helder geordend beeld van de situatie. De structuur dwingt jou, als verpleegkundige, goed op een rij te zetten wat er aan de hand is en zelfs wat je graag wil dat er gebeurt. Een krachtig hulpmiddel en instrument in de oriëntatiefase.

Bij gebruik van de SBAR(R) vertel je altijd eerst wie je bent, over welke patiënt het gaat, wat het probleem is (S), wat is de achtergrond en voorgeschiedenis (B), wat jouw idee is over actuele en potentiële problemen (A), wat je graag wil dat er gebeurt (R) en afsluitend herhaal je de gemaakte afspraken(R).

In *Metten is weten* (J.Hesselink, 2015) vind je meer informatie over inhoud en achtergrond van de SBAR(R).

## EWS

De Early Warning Signs score (afgekort EWS) wordt veel gebruikt om de vitale functies van patiënten te monitoren en beoordelen. Soms wordt ook de Modified Early Warning Signs score gebruikt (afgekort MEWS). Beide instrumenten geven een beeld van de belangrijkste parameters die gebruikt worden om een eventuele vitale bedreiging van de patiënt snel op te sporen. In de meeste zorgorganisaties worden zakkaartjes gebruikt met de EWS of de MEWS erop afgebeeld. In figuur 3 en 4 vind je twee voorbeelden.

### Oproecriteria Spoed Interventie Team (SIT)

- Bewustzijnsdaling                      2 punten daling Glasgow coma schaal
- Respiratoir ademfrequentie        5 < of > 36 Min.
- Circulatoir hartfrequentie        40 < of > 140 Min.
- Bloeddruk systolisch                < dan 90 mmHg
- Ongerustheid over de patiënt

Tel: \*823252

**Bij hart of ademhalingsstilstand bel 3333**

Coördinatie ICU

FIGUUR 3 Voorbeeld van een EWS zakkaart. Bron: [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

### Alarmsignalen bij vitaal bedreigde patiënt

Score	3	2	1	0	1	2	3
Hartfrequentie		<40	40-50	51-100	101-110	111-130	>130
Bloeddruk (syst)	<70	70-80	81-100	101-200		>200	
Ademfrequentie		<9		9-14	15-20	21-30	>30
Temperatuur		<35,1	35,1-36,5	36,6-37,5	>37,5		
Bewustzijn				<b>A</b>	<b>V</b>	<b>P</b>	<b>U</b>

**A** = alert    **V** = reactie op aanspreken    **P** = reactie op pijn    **U** = geen reactie


Wanneer u ongerust bent over de conditie van de patiënt: 1 punt extra

Wanneer de urineproductie < 75 ml gedurende de afgelopen 4 uur: 1 punt extra

Indien de saturatie < 90 ondanks therapie: → 3 punten

Patiënt scoort 3 punten of meer

→ Bel de arts-assistent



Reiner de Graaf Groep

FIGUUR 4 Voorbeeld van een MEWS zakkaart. Bron: [www.vmszorg.nl](http://www.vmszorg.nl)

De EWS en de MEWS zijn goede en handige instrumenten om te gebruiken bij de oriëntatie op je patiënt. De EWS of de MEWS wordt daarom ook vaak gebruikt als onderdeel van de A van de SBAR(R). De EWS en de MEWS kunnen gezien worden als een onderdeel van je klinisch oordeel over de patiënt. Maar ook voor de EWS en de MEWS geldt dat ze niet zaligmakend zijn.

Er zijn altijd uitzonderingen: patiënten die wel vitaal bedreigd zijn en toch niet hoog scoren op de EWS of de MEWS. Denk daarbij bijvoorbeeld aan specifieke groepen zoals de obstetrische patiënt, kinderen of ouderen). Vertrouw daarom nooit blind op een instrument, zakkaart of afspraak. Je verpleegkundige bevindingen gaan verder dan het invullen van een tabel of instrument.

### ABCDE

De ABCDE methodiek wordt gebruikt om snel vast te stellen of een patiënt te maken heeft met zeer urgente problemen. De ABCDE methodiek is gebaseerd op het principe *“treat first what kills first”*. De methode is in 1976 ontwikkeld in Amerika in het kader van de Advanced Trauma Life Support cursus. Tegenwoordig wordt de methode in bijna alle settings waarin acute zorg wordt verleend toegepast.

De ABCDE methode bestaat uit het aflopen van de volgende punten:

- **A = Airway.** Is de lucht-/ademweg vrij?
- **B = Breathing.** Zijn er symptomen van een bedreigde oxygenatie/gaswisseling? Is er een indruk van de zuurstofsaturatie? Is toediening van zuurstof nodig? Moet er beademing worden toegepast, al of niet met gebruik van hulpmiddelen?
- **C = Circulation.** Zijn er symptomen van een bedreigde circulatie? Wat zijn de eventuele oorzaken? Zijn er bloedingen?
- **D = Disabilities.** Is er een bewustzijnsstoornis en/of andere acute neurologische symptomen?
- **E = Exposure/Environment.** Is de lichaamstemperatuur gestoord en wat is daarvan de oorzaak? Hebben omgevingsfactoren daarop invloed gehad (zoals koud water bij dreigende verdrinking)? Denk ook aan koolmonoxide en/of de omgeving van de patiënt.

De methode geeft houvast aan de metingen, observaties, waarmee je in een acute situatie wordt geconfronteerd. Het instrument heeft daarom vooral waarde in die specifieke setting

**TIP** Meetinstrumenten zijn goede hulpmiddelen om je te oriënteren op je patiënt en diens problemen. Het gebruik van instrumenten is nooit een doel op zich.

**ACTIVITEIT 1-4 DE JUISTE METING**

De ABCDE methode is vrij specifiek. De methode wordt bijna alleen in de acute zorg toegepast. De EWS en de MEWS worden meer generiek maar ook niet overal gebruikt. De SBAR(R) wordt bijna overal in de zorg toegepast.

Vorm tweetallen. Pak beide je verslag en gegevens uit activiteit 1-3 erbij. Gebruik de gegevens als basis van deze activiteit.

Communiceer met je “collega” op basis van de SBAR(R), inclusief de EWS of MEWS, over je patiënt. Vraag advies aan je collega of draag de zorg voor je patiënt over.

Eventueel kun je nog een extra instrument, meer specifiek passend bij jouw situatie, (zoals de ABCDE methodiek) aan deze oefening toevoegen.

**EXTRA OPDRACHTEN**

1. Bij het oriëntatieproces komen verschillende vaardigheden en hulpmiddelen van pas. Observeren, zintuigelijke waarneming, gespreksvoering, contactuele vaardigheden, zelfkennis, classificatiemodellen, meetinstrumenten. Bedenk voor jezelf welke genoemde vaardigheden en hulpmiddelen je goed beheerst en aan welke onderdelen je nog verder moet werken.
2. Zijn er, nog niet benoemde, vaardigheden en hulpmiddelen in de literatuur of op internet bekend die je zou kunnen gebruiken bij de oriëntatiefase? Denk daarbij aan de VMS thema's of meetinstrumenten op psychosociaal vlak.
3. Om je goed te kunnen oriënteren op je patiënt is het noodzakelijk over voldoende inhoudelijke kennis te beschikken over de te verwachten problemen in deze zorgcategorie. Verdiep je daarom o.a. in de biomedische kennis die relevant kan zijn voor jouw patiënt.